

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ
СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051380
Матвеевко Валерии Владимировны**

Научный руководитель
преподаватель Кривенко Т.М.

Рецензент
Врач-хирург
ОГБУЗ «Городская больница № 2
г. Белгорода» Дятлов В.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА	5
1.1. История вопроса.....	5
1.2. Виды послеоперационных осложнений и их причины.....	8
1.3. Течение и ведение послеоперационного периода	13
1.4. Возможные осложнения в послеоперационном периоде и решение проблем.....	17
1.5. Профилактические мероприятия.....	22
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	27
2.1. Результаты исследования	27
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	33
ПРЕДЛОЖЕНИЯ	35
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ ...	36
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	38

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Несмотря на совершенствование методов хирургии, асептики и антисептики, вопросы профилактики и лечения ранних послеоперационных осложнений по-прежнему не утратили своей актуальности.

Одной из главных характеристик развития хирургии является постоянное и неуклонное стремление хирургов уменьшить агрессологическое свойство оперативных вмешательств.

Мировые стандарты качества хирургической помощи за последние годы значительно возросли. Широкое использование высокотехнологичных хирургических методов существенно изменило принципы оперативного лечения многих заболеваний. Появление эндохирургической технологии в считанные годы завоевавшей весь мир устранило один из наиболее существенных недостатков традиционной полостной хирургии – несоответствие между продолжительным травматичным доступом к объекту операции и минимальным по времени вмешательстве на самом органе.

Большинство современных оперативных вмешательств представляют собой комплекс воздействий механического, физического, биологического и химического характера на организм и системы жизнеобеспечения, включающие: рассечение и иссечение патологического очага, замену измененного органа или ткани больного тканью или органом здорового человека, а в ряде случаев искусственным пластическим материалом [6, с.343].

Послеоперационными осложнениями считаются вновь возникшие патологические состояния, которые не являются продолжением основного заболевания и не характерны для нормального течения послеоперационного периода. Возникновение осложнений резко снижает качество лечения и увеличивается опасность для жизни и здоровья пациента. Профилактика осложнений, а также применение совершенных методов их ранней диагностики и лечения – важнейшая проблема современной хирургии.

Объект исследования: деятельность медицинской сестры.

Предмет исследования: профилактика послеоперационных осложнений.

Цель исследования: изучить особенности работы медицинской сестры по уходу за послеоперационным пациентом.

В соответствии с поставленной целью были определены следующие **задачи исследования:**

1. Изучить историю вопроса;
2. Изучить основные виды послеоперационных осложнений и причины их возникновения;
3. Сформулировать мероприятия, направленные на профилактику послеоперационных осложнений;
4. Провести анализ сестринских вмешательств в послеоперационном периоде.

В соответствии с намеченной целью и задачами были определены следующие **методы исследования:**

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- статистический анализ.

Теоретическая значимость: расширить представления о деятельности медицинской сестры в ведении послеоперационного периода. Полученная информация поможет улучшить ведение послеоперационного осложнения.

Практическая значимость состоит в уточнении применения различных профилактических мер послеоперационных осложнений, которые позволяют улучшить уход за послеоперационными больными.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

1.1. История вопроса

Медицина является одной из самых сложных, комплексных и разносторонних наук. Каждое из её направлений имеет глубокую и интересную историю, однако именно хирургии пришлось пройти наиболее сложный путь, для того чтобы достигнуть современного уровня развития. Сквозь человеческие предрассудки, церковные запреты и постоянные сложности, тысячи хирургов развивали науку, экспериментируя и терпя серьезные неудачи на своем пути. К счастью, именно такая целеустремленность помогла им добиться настоящего успеха.

Первые упоминания о хирургии уходят в далекое прошлое. Около 4000 тысяч лет назад в Древнем Египте операции в основном сводились к ампутации конечностей, а также к кровопусканию. В Древней Индии около 3000 тысяч лет назад, судя по всему, уже проводились более сложные операции по пересадке тканей, хотя их эффективность ничем не подтверждена [11, с.95].

Намного больших успехов добились врачи Древней Греции, и в частности, легендарный Гиппократ. В его работах найдены описания достаточно сложных процедур вплоть до трепанации черепа. Он же первый внимательно относился к обеспечению максимальной чистоты при операциях и предполагал, что в заражениях тканей виноваты миазмы, распространяющиеся по воздуху [14, с.46].

Еще серьезнее хирургией занялись в Древнем Риме, где было много талантливых врачей. Известнейший врач Цельс был одним из первых, кто всерьез заинтересовался детальной анатомией человека, а также описывал своих трудах немало сложных процедур. Ну а легендарный хирург Гален, римлянин с греческими корнями, вообще на многие сотни лет стал отцом

хирургии. Он первым создал теорию кровообращения и сформировал анатомических атлас, основанный на его изучении животных [11, с.101].

Средневековье было темным временем для любой науки, многочисленные войны, повальная бедность, классовая система и, конечно же, главенство церкви становилось преградой для развития медицины. В эти времена хирургии как таковой практически не существовало, так как церковь считала порочным все занятия, связанные с кровопусканием и исследованием человеческого тела. Немногих энтузиастов, занимавшихся медициной, искали и, обвиняя в колдовстве, казнили.

Однако со временем ситуация начала улучшаться, и появлялись выдающиеся хирурги, умевшие работать в очень стесненных обстоятельствах. Например, француз Амбруаз Паре разработал технику перевязки сосудов, а также сформировал классификацию огнестрельных ран и разработал методику их лечения [11, с.119].

В 1543 году произошло еще одно важное событие, Андреас Везалий выпустил собственный анатомический атлас, который создал благодаря исследованию пациентов и трупов. Это событие стало одним из величайших медицинских открытий в истории, и привело к дальнейшему развитию хирургии, а вот сам Везалий за свои исследования был практически казнен, и умер в изгнании, став одним из множества мучеников науки.

В 1628 году Уильям Гарвей создал новую теорию кровообращения, и первым определил главенствующую роль сердца в процессе циркуляции крови в организме.

Если же говорить о практической хирургии, то ее новый расцвет приходится на первую половину XIX века, когда во многих странах, в том числе и в Российской Империи работало множество талантливых специалистов, разрабатывавших собственные методики, делившихся знаниями, и формируя полноценное представление о процессах, происходящих в человеческом теле. Среди этих выдающихся хирургов стоит выделить Пирогова, проводившего ампутацию голени всего за 8 минут, и

придворного хирурга Наполеона I Ларрея, выполнившего около 200 ампутаций за одни сутки [11, с.156].

Следующим важнейшим этапом стало использование анестезии при проведении операций. В 1846 году американский хирург Уильям Мортон впервые в истории использовал закись азота для обезболивания при проведении операции. Уже в следующем году его английский коллега Джордж Симпсон использовал для тех же целей хлороформ.

Следующим важным шагом стало использованием антисептических средств. Это стало возможно благодаря исследованиям Луи Пастера, доказавшего, что различные вещества, а также высокая температура губительны для бактерий. Ну а первым хирургом, ставшим применять антисептику и специально подготавливать операционную для работы, стал англичанин Джордж Листер [14, с.48].

После открытия анестезии и антисептических препаратов единственной распространенной проблемой, возникавшей при операциях, была серьезная кровопотеря, от которой многие пациенты и умирали. Над решением этой проблемы трудилось сразу несколько хирургов, например, немец Эрсмах начал использовать жгуты, подобные методы практиковал и Пирогов. Но, конечно же, наиболее серьезным прорывом в данном вопросе стало открытие Карлом Ландштейнером групп крови и их классификация, произведенная Яном Янских в 1907 году. К слову Ян Янский был первым врачом, разработавшим методику переливания крови, решавшую многие насущные проблемы хирургии [11, с.179].

В XX веке развитие хирургии только ускорилося, и практически у каждой развитой страны сформировалась мощная хирургическая школа. Стоит также отметить, что очень долгое время именно СССР держало пальму первенства, а советские специалисты проводили сложнейшие операции и исследования, а том числе и успешные пересадки различных внутренних органов.

Многие этапы развития современной хирургии также связаны разработкой и использованием новейшего оборудования и инструментов. Тенденция современной хирургии направлена на восстановление различных элементов – использование протезов различной сложности, вплоть до искусственных сердечных клапанов и так далее. Ну и важно отметить, что современные технологии позволяют проводить операции с минимальным вмешательством – делая точечные надрезы, работая над конкретной областью [11, с.195].

1.2. Виды послеоперационных осложнений и их причины

Послеоперационные осложнения - это новое патологическое состояние, не характерное для нормального течения послеоперационного периода и не являющееся следствием прогрессирования основной болезни. Причины осложнений — это наличие сопутствующей патологии, переоценка возможностей организма пациента перенести операцию, несоблюдение пациентом больничного режима, ошибки технические и тактические [10, с.345].

Осложнения могут появиться непосредственно во время проведения операции, такие как повреждение органов и тканей, осложнения анестезии, тромбоэмболическое осложнение, кровотечение. Со стороны органов и систем на которых проводилось оперативное вмешательство также могут возникнуть осложнения такие как развитие гнойного инфильтрата, вторичное кровотечение, расхождение краев раны, нарушении функции органа и системы, на котором проводилось вмешательство [3, с.89].

Осложнения, которые могут появиться в послеоперационном периоде такие как сердечно сосудистая недостаточность, инфаркт миокарда и аритмии, коллапс, тромбозы и эмболии, острая дыхательная недостаточность, пневмонии и бронхиты, отек легких.

Очень важно отличать осложнения от естественной реакции организма на оперативное вмешательство. Послеоперационные осложнения в отличие от послеоперационной реакции организма резко задерживают выздоровление, снижают качество лечения и подвергают опасности жизнь пациента. Осложнения выделяют ранние до 30% при продолжительных и обширных операциях и поздние [15, с.341].

Диагностика ранних послеоперационных осложнений трудна. Она обусловлена в первую очередь характером и тяжестью основного заболевания, поздним проявлением, недостаточно тщательной ревизией органов брюшной полости, недостаточной санацией и адекватностью дренирования; во-вторых, зависит от опыта хирурга, наличия хорошо организованной диагностической службой, оснащением современной аппаратурой [15, с.405-406].

Частота послеоперационных осложнений около 10%, при этом доля инфекционных - 80%. (госпитальные штаммы, иммунодефицит). Риск возрастает при экстренных, а также длительных операциях. Фактор продолжительности операции - один из ведущих в развитии гнойных осложнений - маркер травматичности и технических проблем.

Основными осложнениями после операции со стороны нервной системы являются боль, шок, нарушения сна и психики. Боли различной интенсивности отмечаются у всех больных после операции. Сила и длительность болевых ощущений прямо зависит от обширности, травматичности операции и возбудимости нервной системы больного [15, с.409].

Психическая травма и боли могут вести к нарушению обмена веществ и процессов регенерации тканей. Болевые ощущения рефлекторно приводят к нарушению деятельности сердечно-сосудистой системы, дыхания, парезу кишечника, задержке мочи и пр. И. П. Разенковым доказано наличие нарушений химизма крови в результате боли.

Для проведения профилактики и борьбы с болями важно знать, что реакция на болевые раздражения одинаковой силы у одного и того же больного бывает различна в зависимости от степени утомления, возбудимости

нервной системы, истощения, подготовленности психики к перенесению боли, внимания окружающих и т. д.

Профилактика послеоперационных болей прежде всего определяется хорошим контактом хирурга с больным в предоперационном периоде, снижение возбудимости нервной системы больного, а также соблюдение правил хирургической деонтологии [15, с.151].

С лечебной целью обычно применяются подкожные инъекции 1 мл 1% раствора морфина или 2% раствора пантопона 2-3 раза в первые сутки после операции. При значительных болях на 2-е сутки делают инъекцию наркотиков 1-2 раза, на 3-й сутки - только по ночам. Введение наркотиков может быть продолжено еще на несколько дней, если у больного держатся сильные боли, однако всегда следует иметь в виду возможность привыкания к ним и развития морфинизма - тяжелого заболевания, с которым трудно бороться. Кроме того, морфин, угнетая деятельность дыхательного центра, может повести к застойным явлениям в легких, он понижает обмен веществ, снижает диурез. Произведенная у этих больных на 12-14-й день после операции рентгеноскопия с дачей жидкого бария указывает на полное или почти полное отсутствие эвакуации из желудка. В течение 3-й недели после операции продолжается быстрое истощение больного и рубцевание в области воспалительного инфильтрата анастомоза

Нарушение сна является тяжелым осложнением послеоперационного периода, которое может быть связано с болевыми ощущениями, интоксикацией, чрезмерным возбуждением нервно-психической сферы, переживаниями. Борьба за хороший сон у оперированного больного является важной задачей хирурга, так как бессонница ведет к нарушению процесса заживления раны и выздоровления [12, с.34].

Послеоперационные психические расстройства в выраженной степени отмечаются редко, однако у хирургических больных всегда имеется реакция со стороны психики, реакции, степень и характер которых бывают различны.

Послеоперационные психозы чаще развиваются у ослабленных, истощенных, находящихся в состоянии интоксикации больных. В эту группу обычно входят все виды психических расстройств, встречающихся после операции: обострение ранее бывших психических заболеваний, реактивные состояния, реактивно-интоксикационные психозы и т. д. Острые психические нарушения, развивающиеся обычно в раннем послеоперационном периоде, находятся в непосредственной связи с произведенной хирургической операцией. Послеоперационные психозы в узком смысле — явление нечастое (встречаются у 0,2-1,6% больных, перенесших полостные операции) [5, с.264].

Послеоперационные психозы не только нарушают нормальное течение послеоперационного периода, но создают прямую угрозу для жизни больного и нарушают процессы заживления. Нередко они сопровождаются отказами от приема пищи, резкими возбуждениями с физическим напряжением, что создает ряд дополнительных опасностей послеоперационного периода.

Ввиду этого, там, где это возможно, надо для борьбы с болями стремиться шире пользоваться пантопоном, медиалом, вероналом, пирамидоном, препаратами брома [5, с.143].

Важную роль в восстановлении тонуса желудка играет правильный режим питания, который должен быть индивидуален для каждого больного и зависеть от характера проведенной операции, степени непроходимости анастомоза и времени, прошедшего с момента операции. Большое значение имеет поднятие тонуса всего организма путем ведения физиологического раствора, 5% глюкозы, переливания крови [4, с.96].

Для борьбы с инфекцией больному назначают антибиотики (пенициллин, стрептомицин, биомицин и др.), которые содействуют рассасыванию воспалительного инфильтрата.

У части таких больных консервативное лечение не дает успеха и необходимо прибегнуть к релапаротомии. Повторное вмешательство должно производиться возможно раньше, как только стала ясна органическая природа непроходимости. Учитывая истощение, слабость больных, они должны быть к

нему подготовлены вливаниями глюкозы, переливанием крови, введением сердечных средств и т. д. Операцию безопаснее производить под местным обезболиванием. Обычно операция заключается в наложении дополнительного переднего желудочно-кишечного анастомоза с межкишечным соустьем, так как наличие инфильтрата и перивисцерита области анастомоза у тяжелого ослабленного больного не позволяют предпринять более радикальное вмешательство [19, с.63].

Атония желудка или спазм отводящей петли тонкой кишки также приводят к клинической картине непроходимости анастомоза, но обычно явления ее не так постоянны, больной не так быстро обезвоживается и истощается, отмечается улучшение от подкожного введения атропина, стрихнина. Борьба с этим осложнением заключается в постоянном или периодическом опорожнении и промывании желудка через зонд, путем подкожного введения атропина, стрихнина, переливания крови и т. д.

Отрыжка указывает на брожение содержимого желудка, переполнение или сдавливание желудка окружающими органами. Иногда отрыжка отмечается при воспалительном процессе в верхней части живота, при парезе и растяжении желудка [17, с.432].

Икота - судорожное периодически повторяющееся сокращение диафрагмы - очень изнуряет больного. Причиной икоты является раздражение диафрагмального или блуждающего нерва. Локализация источника раздражения может быть различна. Так, нередко икота наблюдается при опухолях средостения или легкого [17, с.433].

1.3. Течение и ведение послеоперационного периода

Течение послеоперационного периода может быть нормальное без нарушения функций органов и систем, но может быть и осложненным, с нарушениями функций органов и систем, развитием послеоперационных осложнений. Изменения в организме происходят всегда после операции и характеризуются как послеоперационное состояние. Требуется динамическое наблюдение за состоянием больного (частота пульса, артериальное давление, диурез). Имеются специальные палаты интенсивной терапии, где проводится регистрация этих параметров. При необходимости прибегают к специальным методам исследования (определение ЦВД, ЭКГ, R-графия); используют также следящую аппаратуру. Обязателен динамический контроль клинического и биохимического анализов крови, мочи [12, с.31].

Расстройства жизненно важных органов и систем после операции обусловлены видом оперативного вмешательства, выполненного по поводу заболевания или повреждения органов брюшной полости, брюшной стенки. Нередко развиваются сочетанные нарушения, когда трудно выделить ведущее звено патологического процесса.

Со стороны нервной системы: боль, шок, нарушение сна, психики. Боль после операции имеет место всегда, но степень выраженности ее различна, что зависит как от обширности и травматичности операции, так и от возбудимости нервной системы больного. Удобное положение (Фаулера), глубокое дыхание уменьшают боль. Целесообразно назначение обезболивающих препаратов.

Редко, но возможно развитие позднего шока. Тщательная предоперационная подготовка, совершенное обезболивание, атравматичное оперирование и обязательное наблюдение после операции лежат в основе профилактики этого осложнения.

Нарушение сна - частое осложнение после операции. Боли, интоксикация, переживания больного сопровождаются нарушениями сна. Назначение обезболивающих, снотворных препаратов оправдано [5, с.107].

При глубокой интоксикации иногда в послеоперационном периоде развиваются психозы. Наряду с патогенетической дезинтоксикационной терапией целесообразны введение седативных средств, тщательное пристальное наблюдение за больным, так как в состоянии возбуждения он может «уйти» в окно (случай из практики авторов; к счастью для больного дежурившие слушатели успели удержать больного за ногу, когда другой ногой он был уже за окном).

Методы борьбы с развившейся интоксикацией на сегодняшний день многообразно (детоксикация). Всестороннего изучения требуют критерии диагностики интоксикационного синдрома и дифференцированный подход к применению этих методов детоксикации. К последним относятся: гемодилюция с форсированием диуреза, гемосорбция, лимфосорбция, гипербарическая оксигенация, применение антиоксидантов и антиферментных препаратов, экстракорпоральная перфузия цельной ксеноселезенки или ее срезов, лазерное и ультразвуковое облучение крови, перитонеальный диализ и др. В последнее время чаще применяется плазмаферез [12, с.31].

Уже в момент наркоза и в ранний послеоперационный период может возникнуть острая дыхательная недостаточность и проявляется она следующими признаками: возникают отек слизистой бронхиального дерева вследствие механического действия интубационной трубки; наркотические смеси способствуют увеличению количества и вязкости бронхиальной слизи. Это в свою очередь может привести к обтурации бронхов, затрудняющей газообмен [9, с.14-15].

Боль, ограничение глубины дыхания и кашля препятствуют очищению бронхов. Вынужденное положение увеличивает неравномерность вентиляции легких, особенно при операциях на органах верхнего отдела живота. Длительная боль сопровождается бронхоспастическими реакциями.

В каждом конкретном случае удельный вес причин ОДН различен. Послеоперационные ателектазы и пневмонии усиливают паренхиматозные

расстройства газообмена. Поэтому меры предупреждения и лечения ОДН заключаются в восстановлении бронхиальной проходимости, разжижении и удалении мокроты, устранении бронхоспазма. Задержка же последней способствует активации микробов с развитием вторичных легочных осложнений. В значительной степени разжижение мокроты и ликвидация бронхоспазма достигаются ингаляционной терапией, применением муколитиков, т.е. протеолитических ферментов, дезоксирибонуклеазы и т.п. Лучшим отхаркивающим эффектом обладают йодиды (йодид калия 4-5%-ный по 1 ст. ложке 3 раза в день или 10%-ный раствор по 10 мл внутривенно), термопсис. Купируют бронхоспазм эуфиллин, эустерон и др. Для удаления мокроты иногда применяется лечебная бронхоскопия. Для лечения кислородной недостаточности используют ингаляции кислорода через носоглоточные катетеры. Обычно при подаче 4-6 л/мин концентрация кислорода составляет 40%, что вполне достаточно для коррекции выраженной гипоксемии [9, с.25].

Применение наркотических препаратов при болях не всегда оправдано. Они не только формируют привыкание, но и подавляют отделение мокроты. Особенно опасны эти препараты при невосполненной кровопотере. У стариков описаны случаи терминальных состояний после назначения ненаркотических анальгетиков: анальгина, реопирина и др. в сочетании с антигистаминными препаратами (димедролом, супрастином) или нейролептиками (дроперидолом). После операций большого объема и травматичности хороший эффект получают при длительной перидуральной блокаде методом перидурального введения растворов тримекаина, лидокаина через катетер в течение 48-72 часов [9, с.34].

Недостаток кислорода после операции обусловлен уменьшением ОЦК, т.е. гиповолемией, степень выраженности которой зависит от кровопотери во время операции, продолжающегося паренхиматозного кровотечения после нее при обширных операциях даже при самом тщательном гемостазе (например, резекции печени, экстирпации прямой кишки и др.), от скопления большого

количества жидкости в просвете желудочно-кишечного тракта при его парезе, а также расстройствах микроциркуляции [5, с.64].

Боль, гиповолемия, гипотония, лихорадка после операции изменяют водно-электролитный баланс уже в первые часы, несмотря на компенсацию потерь (например, после рвоты) вливанием изотонических растворов в объеме суточной потребности здорового человека (40 мл/кг). При возможности питья и достаточной инфузии вначале общее количество воды в организме больного не изменяется, а наступает лишь перераспределение ее. Гнойные осложнения резко увеличивают потери электролитов, особенно при промывании ран и гнойных полостей.

Большую роль в предупреждении и лечении расстройств играет раннее энтеральное питание, питье минеральной воды, соков, компота. При невозможности приема через рот объем инфузионной терапии может равняться 3-3,5 литров в сутки для взрослого плюс столько, сколько теряется с рвотой и по дренажам. С целью восполнения применяют глюкозокалиевые растворы с инсулином, физиологический раствор хлорида натрия, раствор Рингера-Локка, полиионные смеси, содержащие не только глюкозу, соли калия и натрия, но также соли кальция, магния и др. Достаточность инфузионной терапии контролируется почасовым и суточным диурезом (в норме 0,8-1 мл/кг/ч) [4, с.198].

На органах брюшной полости послеоперационный период имеет характерные особенности: частое развитие бронхолегочных осложнений, необходимость парентерального питания, парез желудочно-кишечного тракта, развивающийся обычно в той или иной мере практически у всех больных.

Ограничения диафрагмального дыхания на фоне послеоперационных болей, метеоризма, локализации операции в верхней половине живота и развиваются бронхолегочные осложнения, которые обусловлены гиповентиляцией легких.

Целью парентерального питания является обеспечение организма достаточным количеством белков, жиров, электролитов и калорий. Количество жидкости, вводимой обычно внутривенно, зависит от тяжести состояния больного, характера и объема хирургического вмешательства и показателей гомеостаза. Когда больной начинает пить и питаться через рот, объем трансфузий уменьшают, а затем их совсем отменяют [4, с.207].

1.4. Возможные осложнения в послеоперационном периоде и решение проблем

Симптомами *пареза желудочно-кишечного тракта* являются чувство вздутия и тяжести в животе, срыгивание или рвота застойным желудочным содержимым, вздутие живота, задержка стула, не отхождение газов, резкое ослабление кишечных шумов при аускультации. Они возникают в конце 2-х - начале 3-х суток после операции. С целью профилактики и лечения этого состояния на следующий день после операции проводят постоянное или периодическое (2- 3 раза в день) *зондирование желудка*, а со 2-го дня ставят *клизмы* - обычные, гипертонические, вазелиновые, а также по Огневу (30 мл глицерина, 30 мл перекиси водорода и 40 мл 10% р-ра хлорида натрия) [17, с.240].

В тех случаях, когда нарушения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта диагностируют еще до или во время операции, прибегают к временной гастростомии на фолиевском катетере (постоянный мочевого катетер) или к различным вариантам интубации кишечника. Нормализации моторно-эвакуаторной функции кишечника способствуют также ранний прием жидкости и пищи через рот, раннее вставание и ЛФК, отказ от длительного применения наркотиков, замедляющих пассаж пищевых масс по желудочно-кишечному тракту [17, с.248].

После операций на желудке, двенадцатиперстной и тонкой кишке первые 2 суток больной находится на парентеральном питании. На 3-и сутки разрешается пить до 500 мл жидкости (воды, чая, фруктовых соков, бульона и киселя). При отсутствии застоя в желудке с 4-х суток назначают диету, исключая вещества, являющиеся сильными возбудителями секреции, а также механические, химические и термические вещества, раздражающие слизистую оболочку желудка (пища дается только в жидком и кашецеобразном виде). С 7-8-х суток — механически и химически щадящая диета: пища дается в жидком и кашецеобразном виде, более плотная пища - в вареном и преимущественно протертом виде. В первые два-три дня после операции 2 раза в день производят аспирацию желудочного содержимого через зонд, в последующие дни зондирование желудка продолжают по показаниям. Сидеть и ходить разрешают со 2-3-х суток. Швы снимают на 7-8-е сутки, а у ослабленных больных - на 12-14-е сутки. Выписку больных из хирургического отделения производят на 8-15-е сутки [5, с.32].

После операций на желчном пузыре — холецистэктомии, холецистостомии - со 2-х суток назначают диету щадящую диету. При гладком течении П. п. дренажи из брюшной полости удаляют на 3-и сутки, тампоны - на 4-6-е сутки, дренаж из общего желчного протока при проходимости его дистального отдела - на 15-20-е сутки. Сидеть и вставать разрешают после прекращения дренирования брюшной полости. В зависимости от характера оперативного вмешательства больных выписывают на 10-25-е сутки [15, с.284].

После операций на толстой кишке, сопровождающихся созданием толстокишечного анастомоза, со 2-х суток назначают максимально щадящую диету с включением легкоусвояемых продуктов, прием жидкости, как правило, не ограничивается. Со 2-х суток в течение 5 дней больной пьет вазелиновое масло по 30 мл 3 раза в день. Клизмы, как правило, не назначают.

Ведение больных с колостомами осуществляется так же, как и после резекции толстой кишки. Если колостомия производится в экстренном

порядке, кишку вскрывают как можно позже, когда успеют образоваться сращения между выведенной кишкой и париетальной брюшиной. При выраженных явлениях непроходимости кишечника следует пунктировать выведенную кишку толстой иглой или вскрыть ее просвет электроножом на протяжении 1 - 1,5 см. При отсутствии явлений нарастающей кишечной непроходимости кишку вскрывают на 2-4-е сутки после операции. Выписывают больных после операций на толстой кишке на 12 - 20-е сутки [5, с.44].

Наиболее тяжелым осложнением после операций на органах брюшной полости является несостоятельность швов, накладываемых на стенку желудка или кишечника, и анастомозов между различными отделами желудочно-кишечного тракта. Чаще наблюдается несостоятельность пищеводно-кишечного и пищеводно-желудочного, реже желудочно-кишечного и толстокишечного анастомозов, после резекции желудка - несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки [5, с.52].

Клиническая картина несостоятельности швов различна. Иногда она проявляется на 5-7-е сутки внезапным началом, сопровождающимся резкими болями в животе, напряжением мышц передней брюшной стенки, симптомами раздражения брюшины, коллаптоидным состоянием. Чаще начиная с 3-4-х суток появляются тупые боли в животе, обычно без четкой локализации, температура поднимается до 38—39°, стойкий парез желудочно-кишечного тракта не поддается консервативным мероприятиям, постепенно нарастают симптомы раздражения брюшины. В целях диагностики недостаточности швов проводят рентгенологическое исследование с контрастированием желудочно-кишечного тракта. В сомнительных случаях используется «шарящий» катетер, который вводят в брюшную полость после снятия с операционной раны одного-двух швов, а также лапароскопия. Лечение при несостоятельности швов - оперативное [5, с.123].

Недостаточность швов является наиболее частой причиной послеоперационного перитонита. В связи с широким применением

антибиотиков клиническая картина послеоперационного перитонита изменилась. По мнению И. А. Петухова (2017), послеоперационные перитониты могут быть вялыми, атипичными, со смазанной клин, картиной, и острыми, напоминающими перфорацию полых органов [5, с.125].

Ранними симптомами перитонита являются частый малый мягкий пульс, не соответствующий температуре и общему состоянию больного, нарастающий парез кишечника, болезненность живота, напряжение мышц брюшной стенки, возбуждение, беспокойство, эйфория или, наоборот, депрессия, бессонница, нарастающая сухость во рту, жажда, икота, тошнота и рвота. Лечение - ранняя релапаротомия, ликвидация очага инфекции, санация брюшной полости и декомпрессия кишечника [1, с.98].

В послеоперационном периоде после внутрибрюшных операций, особенно на желудке, поджелудочной железе и желчевыводящих путях, может развиваться *острый панкреатит*. Главными причинами его являются травматизация поджелудочной железы во время вмешательства и нарушение оттока из желчевыводящих и панкреатических протоков. Обычно послеоперационный панкреатит проявляется на 3-4-е сутки после оперативного вмешательства. Диагностика панкреатита в послеоперационном периоде трудна, т. к. часто он развивается на фоне тяжелого послеоперационного течения и имеет стертую клиническую картину. В этих случаях важное значение имеет динамическое наблюдение за уровнем амилазы в крови и моче. Лечение панкреатита в послеоперационном периоде обычно консервативное: цитостатические и антиферментные препараты, новокаиновые блокады, проведение форсированного диуреза, местная гипотермия, антибиотики и др. При появлении признаков перитонита или формирования гнойника показана операция, цель которой - удаление секвестрированных участков железы, местное введение ингибиторов ферментов, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости [3, с.102].

Серьезным осложнением послеоперационного периода является механическая *непроходимость кишечника*, причиной которой чаще всего

бывает спаечный процесс вследствие травматизации серозного покрова желудочно-кишечного тракта во время операции и ограничение подвижности кишечника в местах повреждения. Ранняя диагностика представляет значительные трудности, т. к. начальные симптомы механической непроходимости кишечника и послеоперационного пареза желудочно-кишечного тракта очень похожи. Однако упорная задержка газов, вздутие живота, урчание в кишечнике, схваткообразные боли и др. должны насторожить. Нарастание клинических и рентгенологических признаков непроходимости кишечника является показанием к *релапаротомии*. Операция сводится к устранению непроходимости и к декомпрессии желудка и кишечника [17, с.329].

Желудочно-кишечное кровотечение, возникающее иногда после операций на желудке, обычно появляется на 1-2-е сутки после операции и сопровождается типичной симптоматикой. Лечение таких больных, как правило, консервативное: промывание желудка ледяной водой или аминокапроновой кислотой, прием перорально тромбина, инъекции викасола, хлорида кальция и т. д. Эффективным может оказаться диатермическая или лазерная коагуляция источника кровотечения при гастроскопии. К релапаротомии прибегают по показаниям, когда исчерпаны все методы консервативного лечения [8. с.482].

Нередко, особенно после операций на желудке, развивается *анастомозит*. Он возникает обычно на 3-4-е сутки после операции и проявляется упорным застоем в желудке или его культе, иногда постоянными тупыми болями в верхней половине живота, субфебрильной температурой. Диагноз анастомозита ставят на основании данных рентгенологического и эндоскопического исследования. При лечении анастомозита ограничивают прием даже жидкости или полностью переводят на парентеральное питание и проводят противовоспалительное лечение.

Эффективна рентгенотерапия - дробно по 25-30 рад (0,25-0,3 Гр) на сеанс, всего 5-6 сеансов, общая доза 150-200 рад (1,5-2 Гр). Целесообразна

также эндоскопическая интубация анастомоза тонким катетером, что позволяет энтерально вводить жидкие питательные смеси и ограничить или исключить парентеральное питание. Течение анастомозита, как правило, весьма упорное. Даже в случае интенсивного лечения проходимость анастомоза восстанавливается лишь через несколько дней, а иногда и недель [8, с.486].

У онкологических, резко ослабленных и истощенных больных, у больных сахарным диабетом и с нагноением операционной раны может возникнуть эвентрация (об этом ниже), что является показанием к повторному оперативному вмешательству — ушиванию передней брюшной стенки.

Осложнения, которые могут произойти в раннем послеоперационном периоде, разделяют по органам и системам, в которых они происходят. Часто осложнения обусловлены наличием у больного сопутствующей патологии.

1.5. Профилактические мероприятия

Профилактика осложнений, которые могут развиваться в послеоперационном периоде со стороны систем жизнеобеспечения во многом определяется лечением сопутствующей патологии [3, с.178].

Основы профилактики раневой инфекции закладываются на операционном столе. После операции же следует следить за нормальным функционированием дренажей, так как скопление не эвакуированной жидкости может стать хорошей почвой для размножения микроорганизмов и быть причиной нагноительного процесса. Кроме того, необходимо осуществлять профилактику вторичной инфекции. Для этого на следующий день проводят смену повязки, с последующей обработкой послеоперационного шва антисептиком и накладывают новую асептическую повязку. Повязку с антисептиком меняют ежедневно, а мазевые повязки через

2-3 дня или по мере пропитывания повязки содержимым, т.е. по показаниям [3, с.180].

Профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы заключатся в: контроле за частотой дыхательных движений, пульсом, артериальным давлением. Необходимо эластическом бинтом провести бинтование нижних конечностей у больных с риском тромбоэмболических осложнений (с избыточным весом, с варикозной болезнью нижних конечностей и др. после операции. Для профилактики этого вида осложнения применяют антикоагулянты и дезагреганты, которые улучшают свойства крови. Необходима ранняя активизация больных (изменение положение тела пациента в постели), лечебная физкультура, физиопроцедуры, а также коррекция водно-электролитного баланса [10, с.405].

Профилактика заболеваний органов дыхания: достаточное обезболивание, придать положение Фаулера, оксигенотерапия. Необходимо проведение больным глубокого вдоха и выдоха, дыхательная гимнастика (раздувание шарика, предложить больному «посвистеть»), вибрационный массаж грудной клетки, равномерное согревание тела больного, применение горчичников, банок, а также регулярное проветривание палаты.

Мероприятия по предупреждению возникновения осложнений органов пищеварения: профилактика пареза кишечника закладывается еще во время операции – это бережное отношение с тканями, не нарушать принципов асептики, тщательный гемостаз, новокаиновая блокада корня брыжейки в конце вмешательства. Принципами профилактики и борьбы с парезом после операции является также ранняя активизация больных, сбалансированное и рациональное питания, дренирование желудка, введение газоотводной трубки, применение гипертонической клизмы, и введение средств стимуляции моторики (гипертонический раствор, прозерин, питуитрин); физиотерапевтические процедуры [8, с.23].

Профилактика заболеваний мочевыделительной системы. При нарушении мочеиспускания в первую очередь необходимо применить

механические методы для устранения олигурии. Пациенту разрешают встать с постели, предлагают помочь отвести в туалет для восстановления привычной для акта мочеиспускания обстановки. Необходимо ввести анальгетики и спазмолитики, положить теплую грелку на надлобковую область. Если же эти мероприятия остаются неэффективными, то только после проводят катетеризацию мочевого пузыря. При катетеризации строго соблюдать правила асептики. В тех случаях, когда состояние больного тяжелое и необходимо постоянное наблюдение за диурезом, катетер оставляют в мочевом пузыре на всё время раннего послеоперационного периода [7, с.428].

Комплекс профилактических мероприятий для заболеваний нервной системы: не допускать развития осложнений, обеспечить адекватное обезболивание, организовать активный досуг пациента – прогулки, чтение, беседа с родными.

Профилактикой шока является правильный выбор метода обезболивания оперативного вмешательства и ближайшего послеоперационного периода. Любая операционная травма, которая по своему характеру может вызвать шок, требует немедленной интенсивной терапии, направленной на предупреждение развития этого осложнения.

Мероприятия предупреждающие возникновение пролежней: менять положение больного каждые два часа; Следить за состоянием нательного и постельного белья; подкладывать резиновые круги в области максимального соприкосновения тела с постелью, для изменения характера давления на ткани; использовать противопролежневый матрац; не следует допускать чрезмерного увлажнения или сухости кожи: при чрезмерном увлажнении - подсушивать, используя присыпки без талька, при сухости - увлажнять кремом, применяя для этого различные профессиональные (косметические) средства, медицинские изделия с увлажняющими и защитными свойствами для ухода за кожей. Мытье кожи проводить без трения и кускового мыла, используя для этого профессиональные (косметические) средства, медицинские изделия для ухода за кожей, например, моющий лосьон, пена и

др. Тщательно высушивать кожу после мытья промокающими движениями, уделяя особое внимание кожным складкам и проблемным зонам. В случае проведения массажа не подвергать участки зон риска трению; делать дыхательные упражнения каждый час медленный вдох через рот, выдох через нос [5, с.39].

Профилактика паротита складывается из ряда мероприятий: санации полости рта до операции; стимуляция слюноотделения (полоскание рта, протирание ротовой полости растворами перекиси водорода, глицерином, лимоном, дачу жевательных резинок) [13, с.514].

Выздоровление пациентов после оперативных вмешательств зависит не только от технически идеально выполненной операции, но и от эффективной предоперационной подготовки, качественного ухода соответствующего тяжести состояния больного в послеоперационном периоде.

Выводы:

1. Еще в древние времена проводились такие операции как удаление камней (камнесечение), ампутация конечностей, трепанация черепа. Авиценна предложил использовать вино для дезинфекции ран, использовал для лечения переломов вытяжение, гипсовую повязку, описал такие операции, как трахеотомия, удаление камней почек;

2. Развитие послеоперационных осложнений связано с воздействием таких факторов, как психологический стресс, посленаркозное состояние, в зависимости от того, какое вещество было использовано для усыпления больного, боли в области послеоперационной раны наличие травмированных тканей в зоне операции;

3. Основными принципами профилактики послеоперационных осложнений является внимательное и доброжелательное отношение к пациенту, адекватная предоперационная подготовка, тотальный контроль за состоянием пациента после оперативного вмешательства, контроль за физиологическими показателями, чтобы вовремя можно было распознать и принять необходимые меры для предупреждения развития

послеоперационных осложнений, а также необходимо строго соблюдать принципы асептики и антисептики.

Основной задачей в послеоперационном периоде является своевременное выявление осложнений и их лечение.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

2.1. Результаты исследования

В результате развития хирургии увеличивается количество операций расширяются объемы их, они становятся более сложными, травматичными, в широкую хирургическую практику внедряются новые операционные технологии, все это неминуемо влечет за собой увеличение количества послеоперационных осложнений, для коррекции которых требуется проведение повторных операций.

Приложение содержит статистическую информацию о проведенных в Российской Федерации оперативных вмешательствах и возникновении послеоперационных осложнений за 2017 год. Всего в России за 2017 было произведено 9943395 оперативных вмешательств, из них 976840 с применением высоких медицинских технологий.

Осложнения наблюдались у 46502 оперированных пациентов, с применением высоких медицинских технологий осложнения возникли у 10234 пациентов. Наибольший процент возникновения послеоперационных осложнений наблюдается при оперативных вмешательствах на открытом сердце – 4,8%; с искусственным кровообращением – 5,1%, по поводу коррекции приобретённых поражений клапанов сердца – 6,5%.

Наибольшее число оперативных вмешательств было проведено на органах брюшной полости – 1493160, из них послеоперационные осложнения были выявлены у 16923. С применением высоких медицинских технологий – 48787, осложнения возникли у 1632 оперированных больных.

Гнойно-воспалительные заболевания имеют инфекционную природу. Они вызываются различными видами возбудителей и наиболее

распространенными являются стафилококки, стрептококки, синегнойная и кишечная палочка, а также патогенные грибы. положительными и грамотрицательными палочками, аэробными и анаэробными, спорообразующими и не спорообразующими и другими микроорганизмами, а также патогенными грибами. При благоприятных условиях для развития инфекции процесс может быть вызван и условно-патогенными микроорганизмами, сапрофитами. Заболевание может вызвать как один возбудитель, тогда такую инфекцию называют моноинфекцией, либо несколькими и эта группа микроорганизмов называется ассоциацией.

При изучении анализа деятельности медицинской сестры в послеоперационном периоде было установлено, что медицинская сестра проводит ряд манипуляций, которые направлены на профилактику развития различных осложнений в этом периоде: внутривенные инъекции, внутримышечные инъекции, подкожные инъекции, переливание гемотрансфузионных сред (капельницы), наложение повязок на послеоперационную рану, психологическая подготовка пациентов, наложение пузыря со льдом на область послеоперационной раны, помощь в ранней активизации пациента, наложение эластичных бинтов на конечности для профилактики тромбообразования, уход за дренажами, дыхательная гимнастика, стимуляция мочеотделения.

Профилактика послеоперационных осложнений имеет огромную роль при наблюдении послеоперационного больного.

На основе статистических данных на базе ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода» за 2018 год мы видим какие манипуляции совершает медицинская сестра, для того чтобы не допустить развитие послеоперационных осложнений, так как они могут привести к развитию новых осложнений или к прогрессированию и рецидивированию старых осложнений, и всё это приводит к значительному замедлению процесса выздоровления и даже к летальному исходу.

Манипуляции процедурной медицинской сестры за 2018 год

Таблица 1

Название манипуляций	Количество манипуляций
Внутривенные инъекции	1723
Внутримышечные инъекции	2339
Подкожные инъекции	354
Переливание гемотрансфузионных сред (капельницы)	4657
Итого	9073

Манипуляции процедурной медицинской сестры в послеоперационном периоде заключаются в следующем: восстановление водно-солевого баланса организма пациента, уменьшение боли после операции, также инъекции вводятся для борьбы с вирусами, бактериями, которые находятся в организме пациента, для нормализации сна вводят снотворные средства, для стимуляции мочеотделение – мочегонные средства. Количество внутривенных инъекций было выполнено – 18%, внутримышечных – 26%, подкожных – 3%, и наибольшую часть составила манипуляция по переливанию гемотрансфузионных сред (капельницы) составили 50% раз за 2018 год (рис.1).

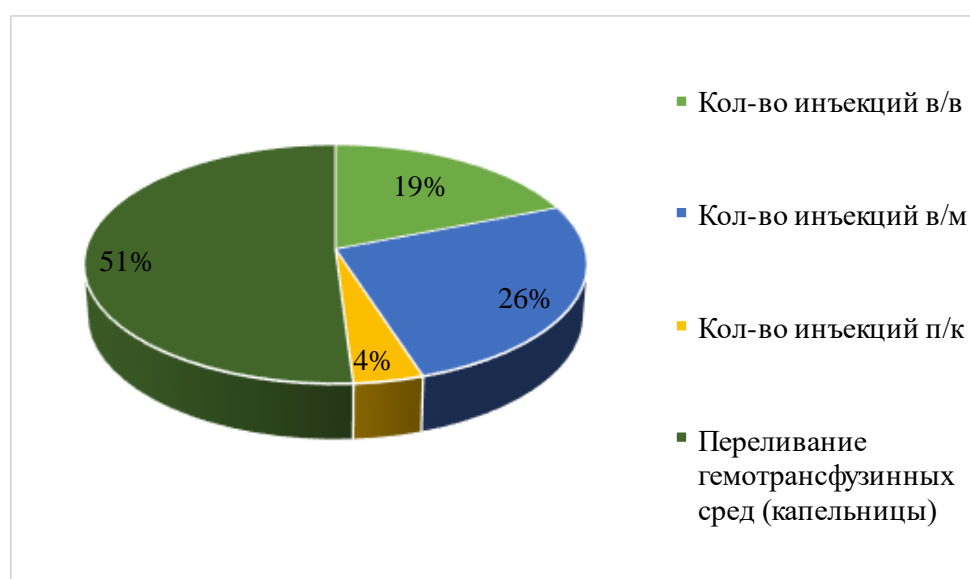


Рис.1. Манипуляции процедурной медсестры в послеоперационном периоде

Все эти манипуляции сводятся к тому, чтобы предупредить возникновение, развитие послеоперационных осложнений, ускорению выздоровления пациента, уменьшение послеоперационного периода, а также к борьбе с различными послеоперационными осложнениями.

Манипуляции постовой медсестры в послеоперационном периоде заключаются в: предотвращении попадания инфекции в область послеоперационной раны, психологической подготовки пациента к операции, успокоить пациента, уменьшить воспалительный процесс, снижение выраженности лихорадки, температуры тела, остановка кровотечения, снижение степени боли, повышение сопротивляемости организма к каким-либо заболеваниям, насыщение организма оптимальным количеством кислорода, предупреждение застойных явлений в легких, наблюдение за положением и функционированием дренажей,

Также для профилактики осложнений контролируют жизненно важные показатели пациента: артериальное давление, температуру, частоту дыхательных движений и сердечных сокращений.

Манипуляции постовой медсестры для профилактики послеоперационных осложнений за 2018 год

Таблица 2

Название манипуляций	Количество манипуляций	%
Наложение повязок на послеоперационную рану	2783	21
Психологическая подготовка пациентов	2321	17
Наложение пузыря со льдом на область послеоперационной раны	2321	17
Помощь в ранней активизации пациента	1872	13
Наложение эластичных бинтов на конечности для профилактики тромбообразования	1740	12
Уход за дренажами	1389	9
Дыхательная гимнастика	1023	7
Стимуляция мочеотделения	573	4
Итого	14022	100

Медицинские сестры каждый день борются с возникновением послеоперационных осложнений, рассмотрим какие же манипуляции совершает постовая медицинская сестры в послеоперационном периоде.

Наибольшую часть составила манипуляция по наложению повязок на послеоперационную рану – 21%, психологическая подготовка пациентов – 17%, наложение пузыря со льдом на область послеоперационной раны – 17%, помощь в ранней активизации пациента – 13% (рис.2).



Рис. 2. Манипуляции постовой медсестры для профилактики послеоперационных осложнений за 2018 год

Наложение эластичных бинтов на конечности для профилактики тромбообразования – 12%, уход за дренажами – 9%, дыхательная гимнастика – 7%, стимуляция мочеотделения составила малую часть – 4% за 2018 год.

Выводы:

1. Незначительные изменения в показателях говорят о том, что качество медицинских услуг находится на хорошем уровне, но так как проблема послеоперационных осложнений актуальна медицинскому персоналу необходимо постоянно совершенствовать теоретические знания и практические умения;

2. Манипуляции, проводимые в послеоперационном периоде направлены на профилактику различных заболеваний в послеоперационном

периоде. Для профилактики: сразу после операции на область раны приложить пузырь со льдом. Первые 2-3 часа не давать пищу и воду. При появлении рвоты голову повернуть на бок, подложить лоток и полотенце. При рвоте введение цирукала. Сразу после пробуждения заставить пациента производить глубокие вдохи и выдохи, движения верхними и нижними конечностями;

3. Контролировать физиологические показатели: артериальное давление, частоту сердечных сокращений, пульс. Следить за состоянием повязок. Контролировать температуру, количество введённой и выделенной жидкости, за отхождением газа и стула. Следить за дренажами. Осуществлять уход за полостью рта и кожей. Контроль мочеиспускания, положить тепло на низ живота; закрыть ширмой, включить воду для стимуляции мочеиспускания, если не помогает катетеризация мочевого пузыря применяется для профилактики цистита;

4. Необходимо проводить дыхательную гимнастику, вибрационный массаж. Менять положение тела. Профилактика пневмонии заключается в ранней дыхательная гимнастике, массаже грудной клетки, паровых ингаляциях, банки, горчичники.

Для профилактики пролежней необходимо использовать увлажняющий крем, присыпки, растирать мягкие ткани в области образования пролежней, изменять положение пациента в постели каждые 2 часа, использовать противопролежневый матрац, подушки, круги под места образования пролежней.

Профилактика паротита состоит из обработки ротовой полости раствором антисептика и внимательным наблюдением за чистотой полости рта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Различные осложнения послеоперационного периода существенно ухудшают состояние пациентов, продлевают период госпитализации и могут быть непосредственной причиной летальности.

Основная тяжесть ведения послеоперационного периода ложится на медицинскую сестру, которая не только своевременно вводит больному лекарства, но и ухаживает за ним, участвует в кормлении, следит за гигиеническим состоянием кожи и ротовой полости. Кроме того, сестра почти постоянно находится около больного, поэтому чаще других и первой замечает ухудшение состояния больного и бывает вынуждена иногда самостоятельно оказать первую помощь (дача кислорода, удаление рвотных масс из носоглотки, остановка кровотечения прижатием артерии на протяжении и т. д.). На медицинской сестре лежит обязанность научить правилам ухода за больными родственников пациента [10, с.163].

Опытная, наблюдательная медицинская сестра является ближайшим помощником врача, от нее нередко зависит успех лечения. В послеоперационный период все направлено на восстановление физиологических функций пациента, на нормальное заживление операционной раны, на предупреждение возможных осложнений. Правильное и своевременное выполнение врачебных назначений и чуткое отношение к больному создают условия для быстрого выздоровления. Сестра привлекает к уходу членов семьи, что имеет огромное значение для пациентов [10, с.312].

Выявление послеоперационных осложнений обеспечивается внимательным клиническим наблюдением и обследованием пациентов.

Своевременное внимание медсестры к выполнению пациентом необходимых элементов лечения и самообслуживания, становится первым шагом к выздоровлению.

Выводы:

1. Первые упоминания о хирургии уходят в далекое прошлое. Около 4000 тысяч лет назад в Древнем Египте проводились первые операции. Рассвет практической хирургии приходится на первую половину XIX века;

2. Причинами осложнений является наличие сопутствующей патологии, переоценка возможностей организма пациента, несоблюдение пациентом больничного режима, ошибки технические и тактические;

3. Основными принципами профилактики послеоперационных осложнений является внимательное и доброжелательное отношение к пациенту, адекватная предоперационная подготовка, тотальный контроль за состоянием пациента после оперативного вмешательства, контроль за физиологическими показателями для того, чтобы вовремя можно было распознать и принять необходимые меры для предупреждения развития послеоперационных осложнений, а также необходимо строго соблюдать принципы асептики и антисептики.

Основной задачей в послеоперационном периоде является своевременное выявление осложнений и их лечение.

Рекомендации:

1. Проводить беседы с пациентами по поводу их приоритетных психологических проблем в предоперационном периоде, в качестве подготовки пациента к оперативному вмешательству в рамках сестринских компетенций и для предупреждения возможных осложнений;

2. Строгое соблюдение правил асептики и антисептики, для предотвращения проникновения микроорганизмов в рану;

3. В силу большой загруженности медицинских сестер, привлекать родственников пациента для более качественного послеоперационного ухода предварительным проведением мастер-классов медицинской сестрой.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. В силу того, что у пожилых людей из-за снижения иммунитета происходит бессимптомное нагноение послеоперационной раны, необходимо усилить контроль и сестринский уход за этой категорией лиц, разработав схему индивидуальных постов;

2. Необходимо у каждой кровати оборудовать кнопку экстренного вызова медицинского персонала для оказания различного вида помощи пациентам и решение возможных проблем;

3. Необходимо 1 раз в год проводить обучение медперсонала по вопросам профилактики осложнений и ведение послеоперационного периода.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллаев, Э.Г. Перитонит: Методическая разработка для студентов [Текст]/ Э.Г. Абдуллаев, В.В. Бабышин. – Владимир. – 2016. – 135 с.
2. Бородулин, В.И. Справочник по неотложной медицинской помощи [Текст]/ В.И. Бородулин – Москва: Оникс – 2015. – 46 с.
3. Гарелик, П.В. Общая хирургия [Текст]/ П.В. Гарелик. – Минск: Высшая кола – 2014. – 532 с.
4. Гостищев, В.К. Общая хирургия [Текст]/ В.К. Гостищев. – Москва: ГЭОТАР-медиа – 2015. – 562с.
5. Евсеев, М.А. Уход за больными в хирургической клинике [Текст]/ М.А. Евсеев. – Москва: ГЭОТАР-медиа – 2015. – 192 с.
6. Зубарев, П.Н. Общая хирургия [Текст]/ П.Н. Зубарев, А.В. Кочетков. – СПб.: СпецЛит – 2015. – 608 с.
7. Князева, Л. И. Внутренние болезни [Текст]/ Л.А. Князева, И.И. Горайнов. – Курск – 2014. – 624 с.
8. Мартынов, А.И. Внутренние болезни [Текст]/ А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. – Москва – 2015. – 1228 с.
9. Маколкин, В.И. Внутренние болезни [Текст]/ В.И. Маколкин, А.И. Дмитриев. – Москва: медицина – 2015. – 789 с.
10. Малярчук, В.И. Курс лекций по общей хирургии [Текст]/ В.И. Малярчук, Ю.Ф. Пауткин – Москва: РУДН – 2016. – 385 с.
11. Мирский, М.Б. История медицины и хирургии [Текст]/ М.Б. Мирский – Москва: ГЭОТАР-Медиа – 2016 – 528 с.
12. Мишинькин, П.Н. Конспект лекций по общей хирургии [Текст]/ П.Н. Мишинькин, А.Ю. Неганова. – Москва: Эксмо – 2016. – 160 с.
13. Мухин, Н.А. Внутренние болезни [Текст]/ Н.А. Мухин, В.С. Моисеев, А.И. Мартынов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа – 2015. – 960 с.
14. Нартайлаков, М.А. Общая хирургия [Текст]/ М.А. Нартайлаков, А.Х. Мустафин, Г.Н. Чингизова. – Ростов-на-Дону: Феникс – 2015. – 256 с.

15. Петров, С.В. Общая хирургия [Текст]/ С.В. Петров – СПб: Лань – 2015. – 659 с.
16. Покровский, В.И. Малая медицинская энциклопедия [Текст]/ В.И. Покровский – Москва: Крон-Пресс. – 2015. – 608 с.
17. Рычагов, Г.П. Общая хирургия [Текст]/ Г.П. Рычагов, П.В. Гарелик, Ю.Б.Мартынов. – Минск: Интерпрессервис – 2015. – 436 с.
18. Скрыбин, Г.Н. Циститы: Учебное пособие [Текст]/ Г.Н. Скрыбин, В.Н. Александров, Д.Г. Кореньков, Т.Н. Назаров. – СПб.: Санкт-Петербург – 2016. – 100 с.
19. Чернов, В.Н. Острая непроходимость кишечника [Текст]/ В.Н. Чернов, Б.М. Белик. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2015. – 512 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ПРИЛОЖЕНИЕ

Оперативные вмешательства по наименованию классов болезней

Таблица 1

НАИМЕНОВАНИЕ КЛАССОВ БОЛЕЗНЕЙ	Число операций, проведенных в стационаре		Из них операций с применением высоких медицинских технологий (ВМТ)		Число операций, при которых наблюдались осложнения в стационаре		Число операций с применением ВМТ, при которых наблюдались осложнения в стационаре	
	абс. числа	% к общему числу	абс. числа	% к общему числу	абс. числа	% к общему числу	абс. числа	% к общему числу
Всего операций	9943395	100,0	976840	9,8	46502	0,5	10234	1,0
в том числе: операции на нервной системе	165714	1,7	65424	39,5	1890	1,1	729	1,1
операции на эндокринной системе	55850	0,6	9457	16,9	583	1,0	99	1,0
операции на органе зрения	844947	8,5	142223	16,8	2404	0,3	412	0,3
операции на органах уха, горла, носа	610893	6,1	16378	2,7	409	0,1	58	0,4
операции на органах дыхания	194590	2,0	15345	7,9	1928	1,0	341	2,2
операции на сердце	374445	3,8	314861	84,1	4994	1,3	4458	1,4
из них: на открытом сердце	50486	13,5	48693	96,4	2399	4,8	2294	4,7
в т.ч. с искусственным кровообращением	43745	86,6	42563	97,3	2247	5,1	2138	5,0
коррекция врожденных пороков сердца	15637	4,2	15107	96,6	443	2,8	440	2,9
коррекция приобретенных поражений клапанов сердца	13112	3,5	12517	95,5	855	6,5	790	6,3
при нарушении ритма всего	78801	21,0	72275	91,7	683	0,9	645	0,9
в том числе имплантации кардиостимулятора	46916	59,5	43154	92,0	481	1,0	454	1,1
коррекция тахиаритмий	29660	37,6	28270	95,3	189	0,6	184	0,7
катетерные абляции	26269	88,6	25573	97,4	176	0,7	175	0,7

по поводу ИБС	251269	67,1	209688	83,5	2636	1,0	2259	1,1
из них: аортокоронарное шунтирование	32691	13,0	32261	98,7	1212	3,7	1202	3,7
ангиопластика коронарных артерий	199735	79,5	173395	86,8	1313	0,7	1008	0,6
из них со стентированием	182569	91,4	167009	91,5	1111	0,6	990	0,6
операции на сосудах	291095	2,9	43912	15,1	2041	0,7	717	1,6
из них: операции на артериях	136754	1,4	40766	29,8	1650	1,2	633	1,6
операции на венах	151555	1,5	2985	2,0	357	0,2	78	2,6
операции на органах брюшной полости	1493160	15,0	48787	3,3	16923	1,1	1632	3,3
операции на почках и мочеточниках	336303	3,4	29839	8,9	1457	0,4	258	0,9
операции на мужских половых органах	247366	2,49	9415	3,81	816	0,33	107	1,14
операции по поводу стерилизации мужчин	1030	0,01	1	0,10	2	0,19	-	0,00
операции на женских половых органах	1487103	15,0	47871	3,2	2401	0,2	228	0,5
акушерские операции	1303720	13,1	648	0,0	2728	0,2	-	0,0
операции на костно- мышечной системе	1271636	12,8	190625	15,0	4138	0,3	673	0,4
операции на молочной железе	131599	1,3	14161	10,8	662	0,5	126	0,9
операции на коже и подкожной клетчатке	1025174	10,3	17106	1,7	2104	0,2	141	0,8
операции на средостении	5547	0,1	759	13,7	60	1,1	19	2,5
операции на пищевode	23895	0,2	2801	11,7	297	1,2	75	2,7
прочие операции	79328	0,8	7227	9,1	665	0,8	161	2,2